

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THESE

N° 45

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Yves LECOMTE

Né le 16 septembre 1909 à Mayet (Sarthe)

**ÉTUDE STATISTIQUE
DES TEIGNES DU CUIR CHEVELU
DANS LE DÉPARTEMENT D'ILLE-ET-VILAINE
pendant 25 ans (1911-1925)**

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1938

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Yves LECOMTE

Né le 16 septembre 1909 à Mayet (Sarthe)

ÉTUDE STATISTIQUE
DES TEIGNES DU CUIR CHEVELU
DANS LE DÉPARTEMENT D'ILLE-ET-VILAINE
pendant 25 ans (1911-1925)

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1938

LE DOYEN : TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique médicale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	N...
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	CROUZON.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E) .. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin), Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENEAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-Laryng.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique
 PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgic.
 LEROUX Anatomie pathologique
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE. Clinique médicale.
AUBERTIN..... Clinique médicale.
BRULE Clinique médicale.
CHABROL Clinique médicale.
FONZELLOT Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.
PASTEUR-VALLÉRY-RADOT Clinique médicale.
SEZARY Clinique médicale.

MM.
BASSET Clinique chirurgicale.
BROCO Clinique chirurgicale.
CADENAT Clinique chirurgicale.
GATELLIER Clinique chirurgicale.
MOURE Clinique chirurgicale.
QUENU Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
VELTER Clinique chirurgicale.

MM.
ECALLE..... Clinique obstétricale.
METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé..... Microbiologie.
RUPPE..... Stomatologie.
WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Il m'a donné l'amour de son art,
m'a éclairé de ses conseils.

Sa vie médicale sera un exemple
pour moi.

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON GRAND-PÈRE
ET A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital St-Louis

Il nous a fait le très grand
honneur d'accepter la présidence
de notre thèse.

Nous le prions de croire à notre
respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MASSOT
Professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes

Qui nous a donné l'idée de cette
thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de
notre grande reconnaissance.

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE RENNES

M. le Professeur LE MONNIER

M. le Professeur MARQUIS.

M. le Professeur FOLLET (*in mémoriam*)

M. le Professeur A. PELLÉ.

M. le Professeur LE DAMANY.

M. le Professeur CHEVREL.

INTRODUCTION

Les teignes si nombreuses autrefois en France commencent enfin à disparaître.

Toutefois, il en existe encore trop de cas. Grâce pourtant à la radiothérapie, procédé de traitement de choix, employé depuis les travaux du professeur Sabouraud et du docteur Noire, et consacré en pratique depuis 1904, suivant la méthode Kienboek-Adamson, leur nombre devrait diminuer plus rapidement.

Il n'est pas dans nos intentions de faire un travail apportant des connaissances nouvelles sur ce sujet. Cette maladie qui fut très anciennement connue, parce qu'elle s'accompagnait de symptômes caractéristiques, surtout lorsque le sujet atteint l'est depuis longtemps, a été suffisamment étudiée. Les travaux en France du professeur Sabouraud et du professeur Bodin de Rennes, et d'une série de dermatologistes et de bactériologistes qui ont cultivé les parasites et en ont étudié les différentes variétés tant au point de vue morphologique que clinique, ont singulièrement accru nos connaissances.

Toutefois, nous nous permettrons de retracer rapidement une étude clinique de cette affection, et enfin nous chercherons à montrer les résultats obtenus dans la lutte contre ces champignons dans le département d'Ille-et-Vilaine, et plus particulièrement dans le service des teigneux de l'hôpital asile de Pontchaillou à Rennes, service qui centralise presque uniquement les malades du département et qui fût jusqu'à il y a 6 ans sous la direction du regretté professeur Bodin assisté dans ses traitements par le docteur Castex disparu lui aussi.

Aujourd'hui le service est dirigé par le docteur Massot qui nous a donné la possibilité d'enregistrer les résultats obtenus.

HISTORIQUE

« Le mot de teigne a désigné à l'origine toutes les affections croûteuses ou squameuses siégeant sur le cuir chevelu de l'enfant, voire de l'adulte » (Sée et Gougerot).

Les études de Gruby de 1840 à 1844 sur les champignons filamenteux de la peau en faisaient « une affection de nature végétale et le produit du développement des cryptogames sur le cuir chevelu » (*Dictionnaire des praticiens*, de Lucas-Championnière, 1850).

Toutefois en 1839, Schoenlein avait entrevu le champignon qui porte son nom, l'achorion Schoenlinii donné par Remak, champignon cause du favus.

La découverte de Gruby, transportée dans le domaine clinique par Bazin, qui le premier en saisit toute l'importance, a exercé une influence énorme sur le développement des idées médicales : c'était la première apparition des doctrines parasitaires.

L'étude biologique de ces champignons n'est cependant venue que longtemps après avec Desclaux en 1887. Ce retard est dû à l'analogie d'aspect de ces

champignons avec les moisissures saprophytes, à la facilité avec laquelle ces moisissures viennent infecter les cultures, au pléomorphisme des champignons filamenteux parasites dont l'aspect change complètement sous l'influence de la moindre variation du milieu ou des conditions de la culture.

Nombre d'auteurs, à la suite de Bazin qui rapprocha la pelade des teignes, ont assigné à l'alopécie en aires une origine parasitaire. Toutefois la théorie trophonévrotique défendue par Boerensprung et Hebra en Allemagne, et Horand en France, nie l'origine parasitaire de la pelade.

« Jusqu'au début du siècle on attribuait les tondantes à un parasite unique, le trichophyton tonsurans de Malmsten » (Sée et Gougerot). Déjà cependant en 1820 il semble que Mahon l'aîné ait différencié cliniquement la teigne microsporique des trichophyties (*endrothricie*). Les travaux de Sabouraud ont permis la classification des teignes en teigne favique, teigne microsporique et teigne trichophytique.

« Cet auteur a montré qu'on englobait à tort dans la trichophytie une autre affection, la teigne tondante à petites spores qui en diffère cliniquement et bactériologiquement ».

« Il a fait voir, de plus, que les trichophytions ne représentent pas une espèce unique, mais un groupe d'espèces voisines dont la pluralité explique le poly-

morphisme des trichophyties pilaires » (Sée et Gougerot).

A l'heure actuelle la maladie semble être parfaitement connue et permet de lui appliquer le traitement qu'il convient.

PARASITOLOGIE

Les teignes, maladies parasitaires, « plus scientifiquement myphomycoses sont causées par des champignons inférieurs de la catégorie des myphomycètes » (Sabouraud) qui se localisent strictement dans la couche cornée de l'épiderme et dans ses dépendances : poils et ongles.

Gruby, d'après Lucas-Championnière, aurait démontré que le « produit morbide de la teigne était de nature végétale en l'inoculant sur l'écorce d'un chêne. Le développement de ce produit végétal s'est fait à l'instar du lichen ».

Les champignons capables de produire les teignes sont fort nombreux ; on les groupe en trois genres :

- achorion,
- microsporum,
- trichophyton,

auxquels correspondent trois groupes de teignes :

- | | |
|-------------------------|----------------------|
| — teigne favique, | |
| — teigne microsporique | } teignes tondantes. |
| — teigne trichophytique | |

Nous étudierons donc séparément les types qui nous intéressent de ces trois parasites.

1. — Parasite du favus

Il fut observé la première fois par Schoenlein de Zurich en 1839 et décrit en 1841 par Gruby. Quelque temps après, Remak lui donna le nom d'achorion Schoenlinii.

Le mycélium est formé de filaments dont la grosseur varie de 3 à 6 μ , divisés en segments de longueur variable et ramifiés de diverses manières (en chandeliers, en bois de renne).

Les spores, de volume également variable, présentent un protoplasma granuleux et une membrane à simple contour difficile à distinguer. Elles sont disposées en séries ou chapelets provenant de la segmentation d'un filament mycélien.

« Sa culture, de développement lent, de couleur cireuse, glabre, d'apparence spongieuse est toujours semblable à elle-même » (Sabouraud) et l'a fait comparer par Kral à de la mousse.

La question la plus longtemps débattue est celle de l'unicité ou de la pluralité des champignons faviques.

Quincke avait décrit plusieurs sortes de favus. Pour Bodin ce seraient de simples variétés d'une espèce unique. Toutefois, on connaît d'autres achorions d'origine animale :

— *l'achorion Quinckeanum* découvert par Bodin et non par Quincke, transmis par la souris ;

— *l'achorion Gallinae*, pas encore rencontré chez l'homme ;

— *l'achorion Violacéum* ;

— *l'achorion Gypséum*, découvert par Bodin chez le chien et chez l'homme.

2. — Teigne microsporique

Elle est due à des champignons de la famille des mucédinées.

En 1842 Gruby publie à l'Académie des Sciences une note « sur la nature, le siège et le développement du porrigo décalvans ou phyto-alopécie » dans laquelle il décrit le microsporum Andouini.

Ce sont de très petites spores (2 à 3 μ) égales, rondes ou polyédriques, pressées les unes contre les autres, et formant une sorte de mosaïque. A la partie inférieure du cheveu, auprès du bulbe, on voit quelques ramifications mycéliennes formant la « frange d'Adamson ».

La culture en est facile. Il se produit « en peu de semaines un tapis rayonnant, rond, de duvet blanc, soyeux, ayant la semence pour centre. Cette culture est des plus caractéristiques » (Sabouraud).

On rencontre assez rarement les espèces animales,

le *microsporum caninum vel lanosum*; J. Gate, P. Cuilleret et A. Freidel en citent un cas en 1934 à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie à type Kérion de Celse chez une fillette, le *microsporum équinum*, et le *microsporum félinum*.

3. — Teigne trichophytique

Elle est due au groupe des trichophytons qui contient de nombreuses espèces qui, dans leur vie parasitaire, ne forment que des spores mycéliennes, endospores en chapelets dues aux cloisonnements du mycélium.

Les plus communes sont les *trichophytons endothrix* ou à mycélium résistant qui pénètrent le cheveu et le remplissent.

Les éléments sporulaires sont nettement plus gros (4 à 5 μ) que ceux du *microsporum*; ils sont en général identiques de forme et de grosseur. Ils forment des files.

Sur une culture on voit apparaître une fine houpette jaunâtre, puis il se forme sur le milieu une sorte de cratère lunaire, d'où le nom de *cratéiforme*.

Il existe encore une espèce dite trichophyton *endothrix* à mycélium fragile qui groupe le :

— *trichophyton acuminatum*, qui donne des colonies acuminées gris brunâtre ;

— et le *trichophyton violacéum*, qui donne des colonies

également acuminées, mais qui deviennent violet foncé.

On trouve aussi le groupe des *trichophyton ectothrix*, plus rare suivant les régions, et toujours d'origine animale. On devrait plus exactement les appeler *endoectothrix*, car il existe toujours, à côté d'éléments parasitaires externes, des filaments qui pénètrent à l'intérieur du cheveu.

On les divise en *microïdes* et *mégaspores*.

Parmi ceux-ci, le trichophyton Gypséum, à culture saumonée, d'origine équine, est l'agent du kérion de Celse qui se voit à tout âge, se rencontre particulièrement chez l'enfant et atteint parfois le cuir chevelu.

Les *microïdes*, un peu plus gros que les microsporums, au lieu d'être disposés en mosaïque, sont ordonnés en files longitudinales, régulières que l'on peut dissocier sans les rompre.

Les cultures sont plâtreuses et poudreuses, formées de « petits grains en grappe de raisin, avec quelques fuseaux divisés en loges, fuseaux irréguliers (Sabouraud).

Les mégaspores sont caractérisés par les grandes dimensions des spores qui entourent le cheveu et peuvent même y pénétrer. Ils sont aussi disposés en forme de filaments.

Ils forment des cultures glabres, incapables de servir à une classification.

Ces deux dernières espèces donnent des trichophyties suppurées et sont en général la cause de kérions. Mais ces lésions sont plus rares au cuir chevelu.

SYMPTOMATOLOGIE

Dans cette courte étude nous ne passerons en revue uniquement que les types de lésion ayant trait au cuir chevelu.

Favus du cuir chevelu

C'est la localisation la plus importante et la plus fréquente de l'achorion.

Début. — Il s'annonce par des démangeaisons légères, une rougeur diffuse ou limitée et une desquamation pityriasique : il survient parfois dès ce moment une éruption pustuleuse discrète. Bientôt, sur les aires rouges, pruritiques et pityriasiques apparaissent des petits points jaunâtres dont le sommet est déprimé et traversé par un poil. Ces points s'accroissent graduellement, deviennent plus larges, plus saillants, en soulevant l'épiderme au-dessous duquel ils sont situés. Au bout de 10 à 20 jours, ils finissent par constituer des croûtes.

Etat. — A la période d'état, « l'aspect du cuir che-

velu est sordide, il est couvert de croûtes épaisses, sèches, parmi lesquelles les cheveux sont agglutinés » (Sabouraud). Il s'en dégage une odeur caractéristique qui rappelle le moisi, la souris, l'urine de chat. L'épaisseur des croûtes peut atteindre un centimètre.

« Sur la croûte d'un blanc pâle, si on laisse tomber une goutte d'alcool, elle devient jaune d'or ; toute autre croûte ainsi traitée garde sa couleur » (Sabouraud).

Les croûtes sont lenticulaires, leur fond creusé en « godet » (lésion élémentaire) est centré par un poil. Les godets recouverts au début par une couche d'épiderme corné, reposant sur un derme plus ou moins déprimé, enflammé et rouge, se développent excentriquement.

« Les cheveux qui traversent cette couche de mortier sont raréfiés, ternes, grisâtres, secs et rudes au toucher ; quoique plus fragiles que les cheveux normaux, ils se laissent néanmoins arracher et entraînent une gaine gonflée, œdémateuse, qui accuse l'existence d'une inflammation folliculaire profonde » (Dubreuilh). Mais leur papille n'est pas encore détruite ; elle secrète un nouveau poil irrégulier frisottant.

Guérison. — « Il peut guérir spontanément quand tous les follicules atteints sont atrophiés ; il ne persiste plus que quelques poils aux régions affectées. Le cuir chevelu est aminci, lisse » (Mracek).

On aboutit alors à l'alopecie definitive.

Variétés cliniques. — Leur diagnostic est parfois difficile. On peut rencontrer :

1° *Le favus impétigoiide*, assez rare.

2° *Le favus pityroïde*, qui s'étend très vite.

3° *Le favus papyroïde*, très rare.

4° *Le favus herpéticus*.

5° *Le favus squarreux*, dans lequel les godets voisins confluent et s'agglomèrent en une « masse rocheuse » (Darier). C'est une forme gigantesque du favus normal.

Teignes tondantes

« Ces teignes sont caractérisées par des cheveux malades, cassés, plus ou moins courts au-dessus du niveau de la peau » (Sabouraud).

La première description exacte de la teigne tondante a été donnée par Willan en 1817 sous le nom de *Porrigo scutulata*. Le nom de teigne tondante lui a été donné par Mahon jeune en 1829.

Teigne microsporique

Se produit en général chez les enfants de 4 à 10 ans. Elle se caractérise par des plaques rondes ou ovales, bien délimitées, quelquefois de grande taille. Elles peuvent atteindre une grande paume de main. Elles ressemblent à la « tonsure d'un prêtre qui n'aurait pas été rasé depuis 8 ou 10 jours ».

L'aspect en est poudreux et on constate des squames grises d'où émergent des cheveux cassés courts, de 3 à 5 millimètres, tous couchés dans le même sens.

Au début on observe de petites plaques nombreuses, ensuite de larges plaques « à grandes plaques, petites spores ».

Examiné à la loupe, on voit que chaque cheveu est enveloppé depuis sa base jusqu'à 3 millimètres de hauteur d'un étui blanc très régulier.

L'arrachement est indolore, car le cheveu casse peu au-dessous de son émergence.

Guérison. — Elle peut guérir spontanément vers l'âge de 15 ans, en général très peu après la puberté.

Teigne trichophytique

La plus importante est celle que Sabouraud a dénommé très justement « la trichophytie scolaire » ou « *endothricie* ».

Elle peut revêtir des formes cliniques très différentes car les espèces mycologiques varient infiniment suivant les régions où on l'observe. A la campagne, en particulier, on voit surtout des trichophyties d'origine animale.

L'aspect clinique de l'endothricie est assez peu différent de celui de la microsporie.

Cependant, ici, les plaques tondantes sont assez

mal délimitées et parsemées de cheveux sains. Il n'y a jamais de grandes plaques de cheveux malades, mais une multiplicité extrême de points d'inoculations pouvant n'intéresser seulement que quelques cheveux.

Au cuir chevelu, on ne voit que des petits points de pityriasis localisés. En soulevant les squames on voit à leur face profonde des racines courtes de cheveux malades. Par places, on observe de petites surfaces criblées de gros points noirs qui sont des cheveux cassés au ras de la peau. Outre cela, les racines courtes sont dirigées dans tous les sens contrairement à la microsporie.

Le cheveu n'est plus engainé, il est plus gros, foncé, tortueux et très fragile. Il est très difficile à arracher car il se case au ras de la peau.

Guérison. — Comme la microsporie, cette maladie est des plus chroniques. Elle se continue parfois après la puberté et peut se prolonger jusqu'à l'âge nubile.

Dans l'endothricie, il existe des types cliniques assez peu différents, rares, dus au trichophyton acuminum et au trichophyton violacéum.

Les tondantes trichophytiques ectothrix, d'origine animale, sont beaucoup plus rares que les précédentes.

Ce sont en général des trichophyties suppurées.

Les lésions d'inflammation des follicules peuvent

varier depuis une simple rougeur et une pustule à l'orifice folliculaire jusqu'à la production d'une folliculite conglomérée en gros placards épais, saillants, profondément infiltrés, recouverts de croûtes et d'où la pression fait sortir du pus par une foule d'orifices correspondant aux follicules.

Elles constituent la variété décrite sous le nom de kérion de Celse.

Les cheveux sont expulsés par l'inflammation et s'arrachent sans résistance.

Guérison. — Cette chute des cheveux amène souvent la guérison de sorte que ces teignes en apparence plus graves, guérissent spontanément, plus vite que celles qui ne s'accompagnent d'aucun phénomène réactionnel.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic clinique de ces différentes teignes est en général assez facile à faire. Outre les caractères cliniques qui permettent déjà bien souvent de le poser, l'étude microscopique du cheveu permet habituellement de le confirmer et assure une certitude quasi absolue.

1. — Diagnostic du favus

Diagnostic positif. — Dans ses formes typiques il est habituellement facile. D'une façon générale on doit soupçonner le favus quand on se trouve en présence d'une affection du cuir chevelu, longue, tenace, rebelle aux médications, simulant le psoriasis, l'impétigo, l'eczéma.

« Il faut toujours demander au patient quand la maladie a commencé. Si le malade répond : « il y a des années » il s'agit toujours d'un favus ; et s'il répond : « depuis 15 jours » il ne peut être question d'un favus dont le développement progressif est toujours lent » (Sabouraud).

Il se reconnaît à son siège limité, à ses godets secs et pulvérulents, à son odeur caractéristique et à son contour polycyclique, à l'aspect terne des cheveux, à leur raréfaction, à la production de cicatrices.

Enfin, l'examen microscopique le décèle en toute certitude.

Diagnostic différentiel. — *L'eczéma*, plus diffus, suinte et s'étend plus rapidement; les croûtes sont plus molles, ne changent pas de couleur avec l'alcool. Il est moins tenace.

L'impétigo, les croûtes sont molles, les cheveux restent normaux, sous les croûtes la peau n'est pas cicatricielle.

Le psoriasis, qui est nettement limité, et rarement borné à la tête.

L'acné pilaire, est formé de petits éléments purulents qui n'ont pas l'aspect des croûtes faviques.

Les autres teignes sont faciles à différencier de par leurs caractères cliniques seuls, et le microscope vient apporter son aide précieuse. Toutefois, à la période d'alopécie, on peut hésiter un instant. Mais le siège, l'aspect cicatriciel, les quelques poils frisottants qui persistent, la diffèrent des alopecies causées par la séborrhée, la pelade et la trichophytie. Elle ressemble à celles du lupus érythémateux et de la folliculite. La première est rare chez l'enfant; la seconde, la folliculite dépi-

lante de Quinquaud et Brocq reproduit trait pour trait le favus à forme alopécique et seul l'examen microscopique permet la différenciation.

2. — Diagnostic des teignes tondantes

Il est fondé sur deux caractères : l'un clinique, la *plaque tondue*, l'autre microscopique, la *présence du parasite* dans ou autour du cheveu, et sa grosseur. Toutefois, il faut se souvenir avec Brocq que « sous toute dermatose du cuir chevelu, on peut trouver la trichophytie » (Sée et Gougerot).

Une aide précieuse dans le diagnostic des tondantes est la lumière de Wood.

Elle fut étudiée dans son utilisation par le professeur Margarot et le docteur Devèze de Montpellier et son application au dépistage de la teigne fût particulièrement étudiée par Vigne.

Wood réalisa un écran qui ne laissait passer que les radiations excitant la fluorescence. Il utilisa un écran de verre à base d'oxyde de nickel placé sur l'ouverture d'un localiseur devant une lampe à vapeur de mercure.

Sous cette lumière le cuir chevelu sain apparaît gris foncé, les squames de pityriasis perdent leur aspect luisant et les cheveux parasités présentent une fluorescence bleue verdâtre.

Peu utile dans les cas de favus où la fluorescence est faible, elle donne de bons résultats dans les cas de tondantes et plus particulièrement dans les ectothricies.

Quant au diagnostic des tondantes entre elles, tout les sépare : disposition des plaques, aspect des poils et enfin l'examen microscopique.

Quant à la différenciation avec les trichophyties ectothrix, elle est basée au point de vue clinique sur la réaction folliculaire inflammatoire et même sur le milieu dans lequel vit le malade. Elles guérissent beaucoup plus facilement.

« Toutes les fois qu'une tondante se présente avec un ou plusieurs caractères cliniques anormaux, on peut penser à une tondante d'origine animale » (Sabouraud).

Le psoriasis, l'eczéma et l'impétigo ne prêtent guère à confusion. L'examen du cheveu empêche tout de suite une longue hésitation.

Les syphilides tertiaires du cuir chevelu qui pourraient faire croire à des trichophyties suppurées forment des placards infiltrés où les cheveux peuvent avoir perdu leur adhérence. Mais, après nettoyage de la surface croûteuse, on trouve une ulcération, une véritable perte de substance ; et les antécédents permettent le plus souvent de faire le diagnostic.

ÉTIOLOGIE

Le favus

Maladie de misère, le favus est, dit-on, une maladie rurale. Il est plus rare à Paris qu'en province ; et en particulier les quelques statistiques que nous allons publier par la suite prouvent qu'à Rennes il en existait une grande proportion.

Il est rare en Angleterre et en Amérique, mais on le voyait surtout en Pologne, en Italie, particulièrement en Sardaigne.

Il peut durer toute la vie, mais c'est une maladie qui atteint surtout les enfants et plus particulièrement les enfants pâlots et chétifs, beaucoup moins les robustes.

Les filles semblent être moins atteintes que les garçons. Leurs cheveux longs joueraient-ils à l'égard du parasite un rôle protecteur ?

La présence des poux y prédispose parce qu'elle entraîne des excoriations, qui sont la suite de grattage, excellent terrain de culture pour le champignon.

La contagion est pourtant peu facile. Tout semble

le prouver : sa rareté relative vis-à-vis de la quantité énorme de spores que répand autour de lui un favique.

Un enfant contamine rarement un adulte, mais l'inverse n'est pas vrai, bien au contraire. De sorte que des parents non traités ont pu contaminer leurs enfants et qu'on a pu voir des faviques de père en fils.

Aubert a montré que le traumatisme pouvait favoriser la contagion (lésions de grattage, plaies du cuir chevelu).

L'origine du contagé est le plus souvent humaine, mais elle peut être animale. Le fait de coucher dans une étable favorise également le favus, de même que lorsque l'on vient à caresser ou à toucher des animaux malades : chiens, chats, souris, etc...

Bodin a envisagé l'existence saprophyte de l'achorion, et dans certains cas l'infection pourrait être due à des objets inanimés.

Les teignes tondantes

Les teignes tondantes sont très contagieuses. Quand dans une école ou dans une communauté, il en apparaît un cas, il est rare de ne pas en constater rapidement d'autres cas.

Ce sont des affections de l'enfance ; elles ne se développent plus après vingt ans. Elles ont pour cause presque constante la contagion d'enfant à enfant,

beaucoup plus rarement le point de départ est d'origine animale.

Toutefois, dans la séance du 12 novembre 1936 de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, Milian et Karachentzieff citent deux cas de trichophytie étendue du cuir chevelu chez des enfants et dus au *microsporum félinum*.

Au contraire, les formes inflammatoires à ectothrix sont presque toujours d'origine animale, soit directement soit indirectement et par l'intermédiaire d'un autre hôte humain.

Dans beaucoup de cas, on peut retrouver la filiation par les antécédents et la confrontation.

Les animaux les plus divers peuvent être mis en cause. Tous les animaux domestiques, chiens, chats, chevaux, vaches sont souvent atteints d'affections de nature trichophytique susceptibles d'être transmises à l'homme. Plus rarement, les moutons, les oiseaux, les animaux sauvages.

Il semble vraisemblable que plusieurs de ces parasites puissent vivre en saprophytes sur des corps inertes.

(Foutrein dans une thèse de Bordeaux, 1894-1895, en avait décrit une épidémie touchant particulièrement les régions inguinales).

L'âge varie suivant les cas.

Les endothricies et les microsporidies n'atteignent guère que les enfants.

Il est rare, mais il arrive cependant de voir débiter des endothricies après l'enfance.

Il n'en est pas de même pour les ectothricies.

La contagion se fait par contact direct, par échange de coiffures, par les objets de toilette.

On peut voir de véritables épidémies dans les écoles où un cas ignoré peut s'étendre et atteindre une portion considérable des enfants.

Parfois, on voit de véritables endémies familiales.

La distribution géographique est en rapport avec la multiplicité des parasites : à Paris, la microsporidie est la plus fréquente (environ 60 % des cas). Dans d'autres régions les endothricies dominent, et en campagne, on voit très souvent des ectothricies.

STATISTIQUES DES TEIGNES EN ILLE-ET-VILAINE

Les quelques statistiques que nous allons publier nous ont été aimablement fournies par le docteur Massot qui dirige actuellement le service des teigneux à l'hôpital-asile de Pontchaillou à Rennes.

Ces statistiques sont tirées de ce service, où les observations furent notées par le professeur Bodin et le docteur Massot.

Quoique le docteur Bodin ait été mobilisé pendant la grande guerre, et envoyé sur le théâtre des opérations, les observations continuèrent à être notées très scrupuleusement.

Elles ne sont que des observations d'enfants de Rennes-Ville, ou des villes et villages très proches, en somme que du département d'Ille-et-Vilaine, les cas extérieurs du département y étant extrêmement rares.

Une des raisons primordiales est qu'en Bretagne il existait alors trois centres où les teigneux étaient convenablement traités et qui étaient des lieux d'évacuation où confluaient les malades des différentes

régions. C'étaient Nantes, Brest et Rennes où Colin, Hubert et Carré, Bodin et Castex avaient organisé la radiothérapie des teignes dès 1904.

Une autre raison est que certains coins retirés de l'intérieur, dépourvus de médecins, étaient habités par des gens qui hésitaient à envoyer leurs enfants en consultation et qui pendant des années utilisaient des remèdes empiriques à base de plantes, parfois même des produits minéraux plus ou moins septiques et actifs, employés sur les conseils de voisins, de « rebouteux » ou même de prêtres qui avaient toute leur confiance. De plus, les gens voyageaient peu, les transports étant difficiles et chers et les idées nouvelles étaient peu connues. Les habitudes anciennes étaient fixées chez eux et ils semblaient en quelque sorte accoutumés à cotoyer cette affection.

On pourrait alléguer à l'heure actuelle le nombre de radiologues (devenus radiothérapeutes) qui a énormément augmenté, surtout depuis la guerre, pour montrer que la diminution de la teigne en Bretagne que vont nous prouver les statistiques, est fausse et que l'on doit plutôt penser qu'on ne voit plus de malades, qu'ils sont traités en clientèle et sur place. Mais il ne faut pas oublier que cette affection se développe surtout aux dépens des enfants lymphatiques ayant une mauvaise hygiène et une nourriture insuffisante, par conséquent plus particulièrement chez des enfants

de familles pauvres susceptibles d'être traités dans les hôpitaux.

Les malades soignés en clientèle sont excessivement rares, si nous en croyons le docteur Massot et les radiographies actuels de la Ville de Rennes.

Se basant sur les conditions de vie campagnarde d'avant guerre dans ces régions, on peut au contraire dire que le nombre des malades traités dans les centres spécialisés ne représente en fait qu'une partie des cas existants. Les chiffres des premières années seraient donc en réalité de beaucoup supérieurs aux chiffres que nous donnons, et la physionomie des courbes en serait transformée d'autant. La diminution des teignes paraîtrait encore plus visible. De plus tout tendait à laisser vivre en paix ces parasites, le dépistage n'existait pas non plus, ou si peu... Le diagnostic lui-même n'était pas aussi précis et beaucoup de praticiens en étaient encore à la thérapeutique des pommades qu'ils tenaient à appliquer.

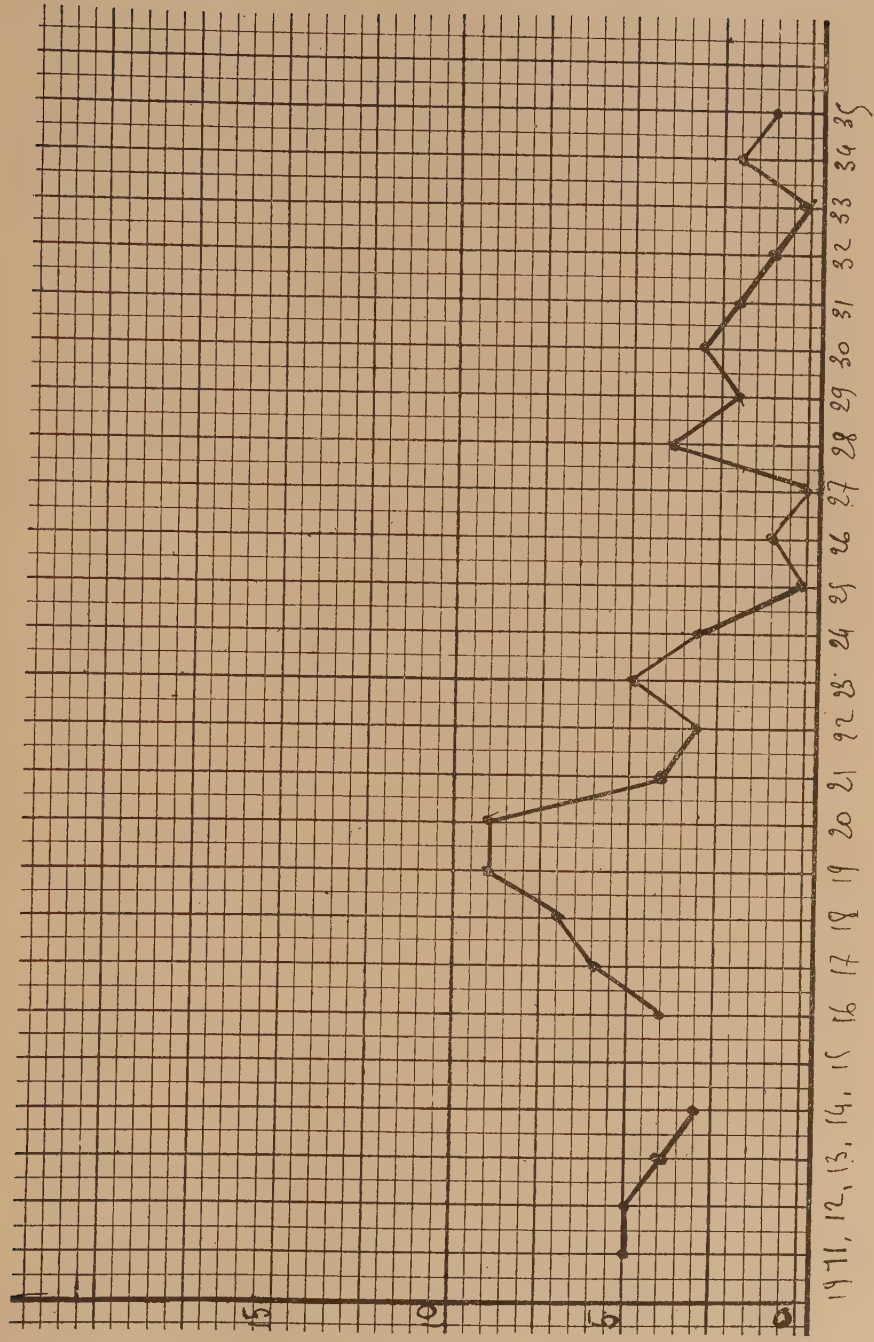
D'ailleurs, et à l'appui de ces quelques idées, les statistiques nous montrent que les malades du centre étaient surtout des enfants de grands établissements nationaux ou municipaux de la ville. Les préventorium, les écoles municipales, la maison de redressement pour filles et garçons de Saint-Cyr, l'orphelinat religieux du Griffon, fournissaient la majeure partie des clients. Les autres, venaient des abords proches de

la ville : Cesson, Janzé, Montfort, Saint-Meen, petits villages dans un rayon variant de 5 à 40 kilomètres. Il est d'ailleurs à remarquer que parmi ceux-ci les plus nombreux venaient de la proximité du Morbihan et du Sud des Côtes du Nord.

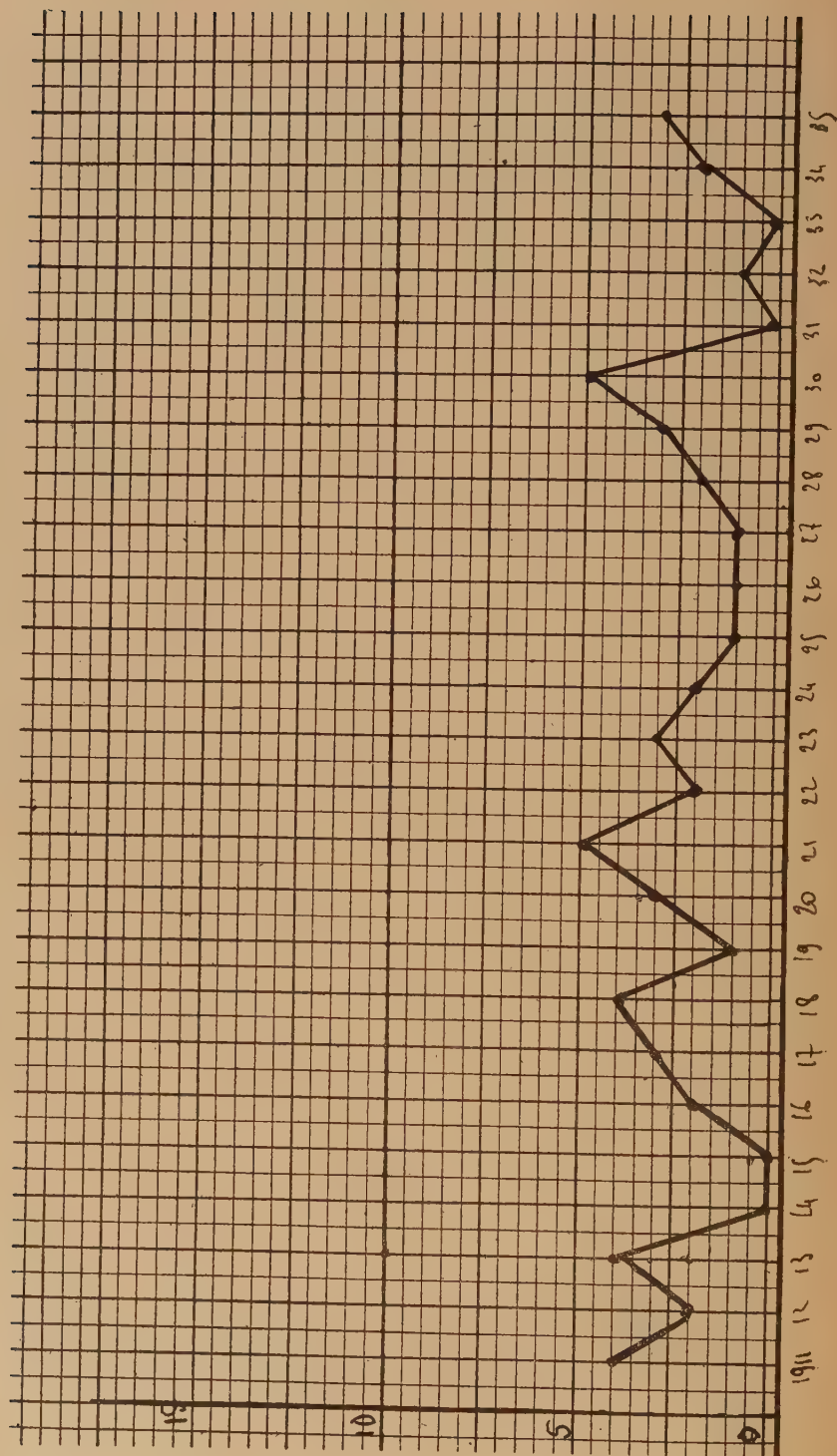
Nous avons établi quelques courbes du favus et des teignes en faisant un graphique pour chaque sexe. Nous porterons en abscisses les années où ont été notées les observations, et en ordonnées le nombre de cas.

Chez les garçons nous n'avons pu trouver les diagnostics des entrants de 1915.

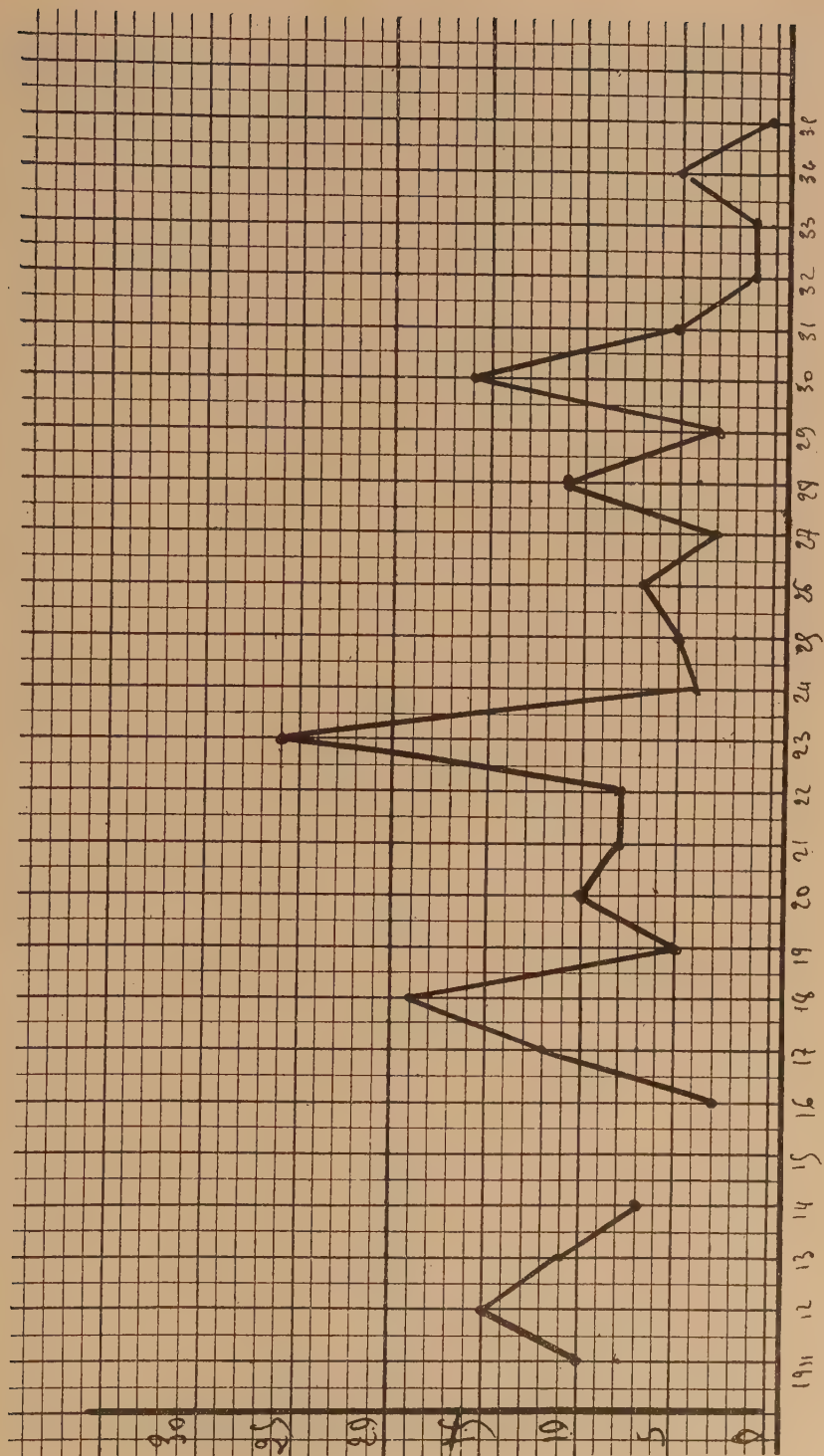
Physionomie de la courbe du favus chez les garçons



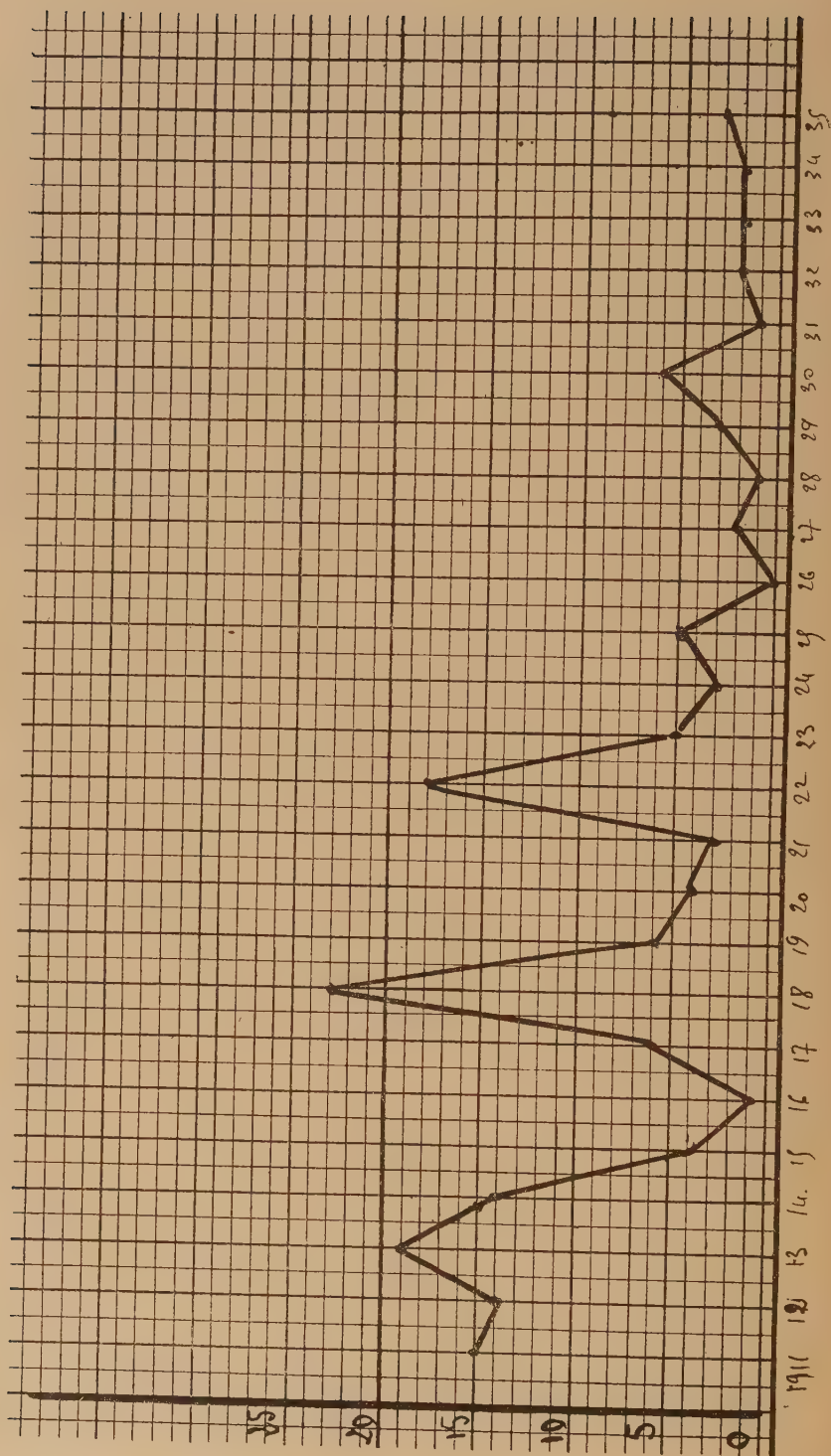
Physionomie de la courbe du favus chez les filles



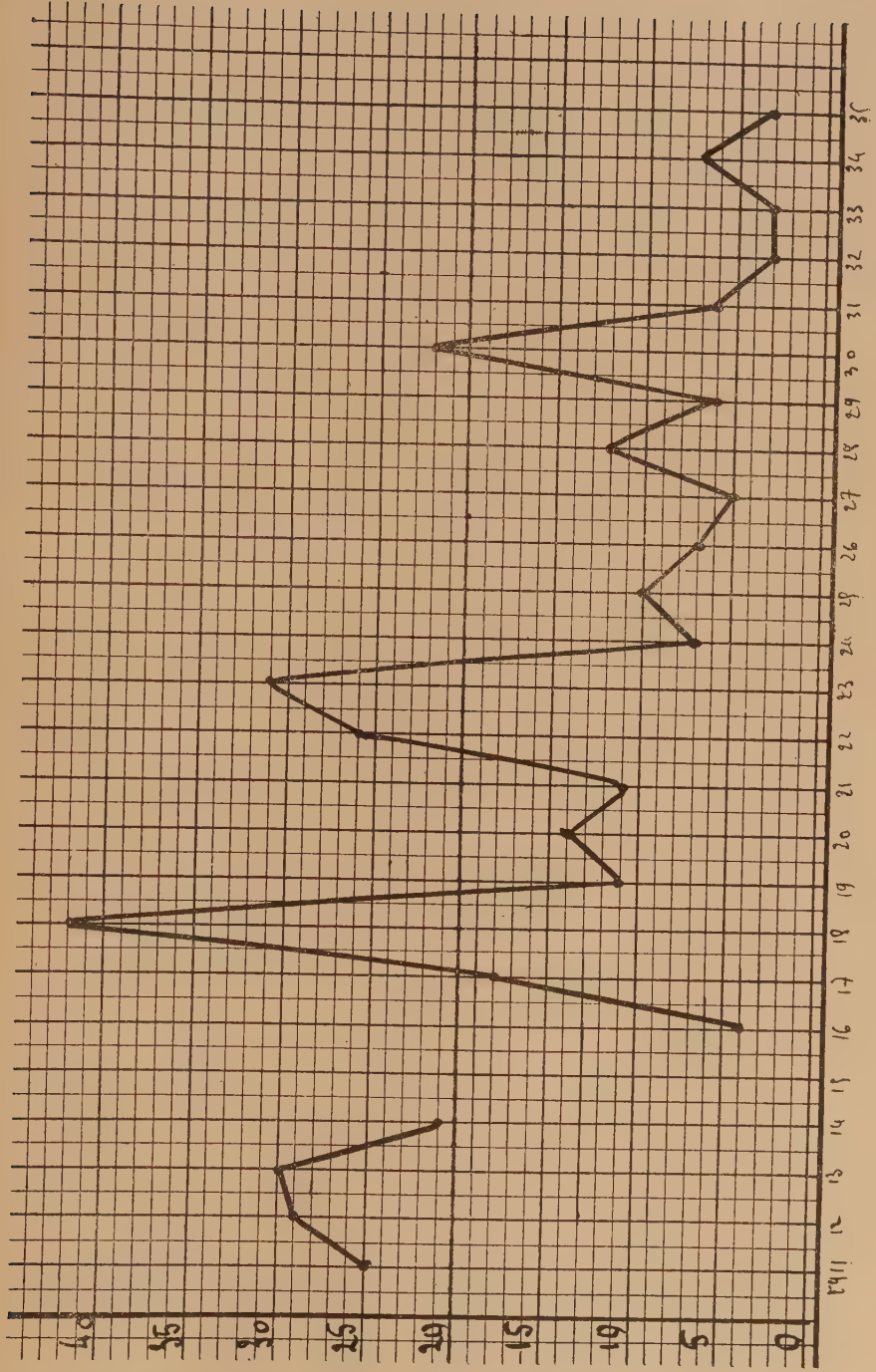
Physionomie de la courbe des tondantes chez les garçons



Physionomie de la courbe des tondantes chez les filles



Superposition des deux courbes précédentes



En examinant la forme de ces courbes, on peut voir tout de suite pour le favus que la courbe varie peu chez les garçons comme chez les filles et qu'elle ne présente pas de grandes oscillations. En compulsant les notes fournies par le service, on remarque que les enfants porteurs de favus sont originaires de la campagne et proviennent tous, ou presque, de fermes de l'Ille-et-Vilaine.

Une autre caractéristique est que le nombre des favus est moins élevé chez les filles que chez les garçons : on en compte en effet 83 chez les garçons, 54 seulement chez les filles pendant le même laps de temps.

Outre cela, on ne voit pas, ou peu, de périodes que l'on pourrait qualifier d'épidémiques. Le fait d'avoir plusieurs malades en surnombre une année étant dû plutôt à un hasard, car les malades sont ces années là originaires de pays éloignés les uns des autres.

Toutefois, quoique le favus semble bien installé encore dans nos régions, nous basant sur les considérations précédentes, et en examinant la forme de nos courbes, on peut opter pour une légère diminution.

Au contraire, les courbes des *teignes tondantes* sont beaucoup plus intéressantes dans leur étude, aussi bien si l'on étudie séparément les courbes garçons et filles, que leur superposition.

Le nombre des teignes tondantes se trouve être plus important chez les garçons. On trouve chez eux 195 cas

pour 162 chez les filles ; cas qui se divisent comme suit :

Teigne microsporique	92	} garçons
Teigne trichophytique	84	
Kérion	19	
Teigne microsporique	94	} filles
Teigne trichophytique	66	
Kérion	2	

Alors que les chiffres des teignes microsporiques sont sensiblement égaux, celui des teignes trichophytiques est supérieur chez les garçons, et c'est un peu normal. Ceux-ci, de par leurs caractères, plus masculins dans leurs jeux, obligés à des travaux spéciaux en campagne, cotoient beaucoup plus les animaux susceptibles de leur transmettre cette affection.

La disproportion entre les deux chiffres des kériens est encore plus grande, et ces constatations sont des preuves de plus à l'étude de l'étiologie et de la parasitologie de ces maladies.

On voit sur ces courbes trois ou quatre ascensions qui correspondent à des épidémies, et en compulsant les observations on peut facilement s'en rendre compte. A ces époques, dans les établissements que nous citons plus haut, la teigne s'était développée de proche en proche. Témoins les groupes d'élèves venant de l'Ecole du boulevard de la Liberté, les enfants venant de Saint-Cyr, et plus particulièrement l'exemple de cette épidémie se produisant en 1918 à l'Orphelinat du Griffon, et amenant au centre :

- 1 malade le 4 février,
- 3 malades le 6 février,
- 4 malades le 11 février,
- 1 malade le 15 février,
- 1 malade le 22 février,
- 1 malade le 4 mars.

Depuis l'après-guerre, et plus particulièrement depuis 1923, la diminution de la teigne dans notre région est indiscutable. L'aspect de la courbe la fait encore mieux ressortir. On voit juste chez les garçons quelques cas plus nombreux en 1931. Mais, en somme, c'est bien l'image de la disparition progressive de cette affection qui jette encore quelques éclairs comme une flamme près de s'éteindre.

Et cette disparition est due à plusieurs facteurs qui vont être l'objet du chapitre suivant : ce sont d'abord l'hygiène et le dépistage et d'un autre côté le traitement curatif.

TRAITEMENT DES TEIGNES

Dans ce chapitre, nous allons étudier tout d'abord les moyens prophylactiques et hygiéniques employés pour combattre les teignes. Ensuite, nous parlerons brièvement du traitement actuel de ces affections en faisant toutefois une courte rétrospective des moyens curatifs employés jusqu'à la radiothérapie.

La prophylaxie de la teigne est basée sur le dépistage et l'isolement.

Tout d'abord le dépistage. Il a été entrepris surtout au point de vue scolaire depuis assez longtemps ; mais il fut assez mal appliqué et même encore à l'heure actuelle dans nos campagnes il est nettement insuffisant.

Les visites scolaires sont, en ville, faites d'une façon consciencieuse, même méticuleuse. Elles sont nombreuses et les médecins inspecteurs d'écoles ou d'établissements où les enfants se trouvent en communauté s'intéressent beaucoup au cuir chevelu. Ils doivent particulièrement examiner les nouveaux et à la moindre lésion suspecte, il est de leur devoir de les envoyer à un spécialiste si leur compétence est insuffisante. D'autant

que bien souvent, les teignes peuvent être cachées sous des lésions autres, en particulier, l'impétigo.

Les médecins sont aidés dans cette tâche par les instituteurs ou les professeurs qui, au moindre signe parasitaire ou suppuré, s'empressent d'avertir les parents ou même d'envoyer directement les enfants en consultation.

Les enfants ne sont repris à l'école que contre un certificat émanant d'un médecin compétent, constatant la guérison complète du malade parasité quand celle-ci est un fait accompli, vérification faite cliniquement et microscopiquement ; au besoin le médecin devra revoir le malade un certain temps après.

C'est là où la lumière de Wood serait particulièrement utile. Ainsi que le signalait Vigne, il serait souhaitable que les services d'inspection des écoles soient dotés de cette instrumentation qui est simple et peu onéreuse.

Le développement de ces inspections et leur application stricte amèneront de plus en plus la raréfaction des teignes.

Quoique le favus soit moins contagieux que les teignes tondantes, l'isolement de tous ces malades est une mesure de plus pour éviter les épidémies.

Lorsque des enfants sont suspects, il importe de les séparer d'emblée des éléments sains. Cet isolement doit être absolu. Sans confiner les teigneux à la chambre,

comme on le fait des malades atteints de fièvre contagieuse, il faut enlever l'enfant si possible à sa famille, et surtout à l'école où il ferait foyer de contagion. Le mieux est donc un établissement hospitalier.

La durée de l'isolement est d'ailleurs considérablement réduite depuis la mise en pratique de la radiothérapie. Plus n'est besoin aujourd'hui de penser à l'instruction des enfants pendant cette période.

Autrefois, il fallait 15 à 18 mois de soins (parfois 3 ans) pour faire disparaître une plaque de tondante : aujourd'hui on guérit en trois mois une teigne du cuir chevelu en eut-elle envahi la totalité et cela si radicalement et si sûrement qu'il n'est pas de méthode plus précise en thérapeutique dermatologique.

On avait donc pendant très longtemps des enfants tenus en isolement et l'hospitalisation prolongée était une lourde charge, en particulier pour l'Assistance publique.

Avant 1903, il y avait à l'hôpital Saint-Louis, à Paris, 300 lits de teigneux toujours occupés, et il s'y faisait annuellement 100 à 110 guérisons. On avait été obligé de fonder des classes spéciales pour ces petits malades, à seule fin qu'ils ne perdent pas le bénéfice de leur instruction (Ecole Lailler).

A cette date, Sabouraud applique la radiothérapie, et un an après il peut rendre à l'Assistance publique 150 lits de teigneux devenus inutiles.

Quant à la prophylaxie locale individuelle, surtout en cas d'épidémie, elle consiste à tenir les cheveux ras, et à frictionner le cuir chevelu des enfants suspects à l'alcool iodé à 1/100.

Au point de vue hygiène, une grosse question est la propreté corporelle qui est la meilleure sauvegarde.

Les teignes recherchent en effet les peaux crasseuses ; elles y ont pour ainsi dire droit de cité. Les poux leur ouvrent le chemin par les lésions de grattage qu'ils amènent.

La bonne alimentation est nécessaire elle aussi.

Les personnes de l'entourage des malades doivent prendre de grandes précautions pour ne pas se contagionner elles-mêmes et ne pas porter ailleurs la contagion. On doit éviter en particulier l'emploi en commun de coiffures et d'objets de toilette.

A ce sujet, de récentes lois ont obligé les coiffeurs à désinfecter leurs instruments. Elles sont plus ou moins appliquées, et pourtant ces instruments peuvent servir de transport aux parasites d'une tête à l'autre.

Enfin, à la campagne, il reste des précautions à prendre à l'égard des animaux : isoler les animaux malades des individus et inversement d'ailleurs, car ils ont souvent de la sorte contribué à répandre des affections parasitaires alors même qu'ils n'avaient pas eux-mêmes contracté ces maladies.

Passons maintenant au traitement curatif.

Avant d'arriver au traitement actuel, les méthodes employées autrefois furent innombrables et aussi inefficaces.

Certaines très vieilles sont amusantes, témoin celle indiquée dans le *Manuel des Dames de charité* de 1758, édité sous la direction de Arnault de Nobleville, médecin ordinaire du Roi, Hardouineau, médecin des hôpitaux militaires de Namur etc... afin de diffuser leurs consultations gratuites pour les pauvres et qui consiste d'abord « à laver la tête avec une forte décoction de feuilles de racines de mauve et de guimauve faite dans l'urine d'une personne saine » et ensuite « d'onctionner avec des baies de genièvre pilées et bouillies avec du saindoux ».

Dans son *Dictionnaire des praticiens*, Lucas Championnière, énumère divers procédés alors employés.

La « calotte » qu'il qualifiait lui-même de « moyen barbare », faite de bandelettes enduites d'une pâte à base de farine de seigle, de vinaigre blanc, de carbonate de cuivre et de différentes poix, particulièrement la poix de Bourgogne.

Les applications émollientes, les lotions sulfureuses ou à base de suie et de cendres.

Plus tard, on essaya l'acétate de thallium en pommade et à l'intérieur (Sabouraud). Il obtint la dépilation et la guérison de cinq enfants, mais trop d'accidents graves.

Plus récemment et dans certains pays, la radiothérapie restant difficile faute de matériel suffisant, on a repris cette méthode de dépilation par l'acétate de thallium, en Algérie, en Italie, en Espagne et dans les pays Sud-Américains en particulier.

On utilisait aussi l'épilation à la pince, opération délicate, longue, parfois très difficile. Quinquaud avait imaginé un instrument spécial, en forme de raclette.

Puis on employait les parasitocides superficiels. Les résultats étaient surtout acquis dans les trichophyties d'origine animale qui guérissaient par expulsion spontanée des cheveux. Quinquaud employait une solution de bi-iodure et de bichlorure de mercure. Gaucher des badigeonnages au mono-chloro-phénol.

Mais on s'aperçut vite que la difficulté n'était pas de trouver un agent capable de tuer le parasite, mais bien de l'atteindre. Aucun parasiticide ne pénètre à plus de un millimètre dans le follicule, qu'il soit appliqué sous forme solide, liquide, ou gazeuse. D'autre part, il est impossible d'évacuer le follicule et de supprimer le parasite en arrachant le cheveu, parce que celui-ci se casse presque au niveau de la surface.

C'est cette idée qui incita Sabouraud, avec la collaboration du docteur Noire, à employer l'épilation radiothérapique.

On savait depuis les recherches de Freund et Schiff, de Spiegler, de Kienboek, de Oudin et Barthelemy, de Brocq et Belot que les rayons X dans certaines conditions, et à certaines doses, déterminent une sidération temporaire de la papille pileaire. Le poil devient un véritable corps étranger qui est expulsé naturellement. C'est donc un effet purement mécanique.

L'appareil à rayons X de Crookes était utilisé. Sabouraud et Noire mirent au point le radiomètre X qui placé à égale distance de l'ampoule et de la plaque à épiler, celles-ci étant séparées par 17 cm. permettaient à une pastille de papier au platino-cyanure de baryum de virer de la teinte A, jaune métallique, à la teinte B, brun (établi d'une façon fixe), d'indiquer la dose nécessaire et suffisante de rayons capables d'amener l'épilation. On devait opérer en pièce sombre, le platino-cyanure de baryum reprenant très facilement sa teinte au jour.

Depuis, l'ionomètre à feuilles d'or de Salomon a donné une précision absolue, mais il doit être étalonné à la pastille de Noire.

Autrefois, on épilait ainsi seulement les plaques, mais avec le localisateur de Noire, aujourd'hui, le plus souvent, on épile toute la tête pour éviter de laisser se développer des foyers très petits.

On opère suivant la méthode de Kienboek-Adamson qui a pour principe d'irradier le cuir chevelu sur cinq

centres distants les uns des autres de 11,5 cm. perpendiculairement et suivant la direction du rayon axial.

La dépilation commence vers le 15^e jour, après la séance, et devient complète, en 10 ou 12 jours. Il reste un duvet qui ne tombera pas (signe d'une bonne irradiation), mais qui n'est pas contaminable. Il est ensuite nécessaire de faire quotidiennement un savonnage avec raclage.

La pousse recommence huit semaines plus tard et devient complète entre 3 et 5 mois.

Précautions. — A noter que pour les teignes tondantes, la radiothérapie doit être faite immédiatement, et dès que le diagnostic est posé, tandis que pour le favus il n'en est pas de même. Ici en effet, les lésions parasitaires superficielles, et les godets nécessitent un nettoyage et une antiseptie préalables sans lesquels l'épilation radiothérapique risquerait d'être vaine.

Sabouraud recommande la pommade chrysophanique à 1/2% et l'alcool iodé à 1%.

De même dans les trichophyties suppurées, où le nettoyage préalable du cuir chevelu est nécessaire.

Les accidents sont rares.

On peut voir parfois survenir des radiodermites par excès d'application, qui entraînent généralement une alopecie définitive.

Quant aux accidents cérébraux, ils n'existent pas.

Dans les conditions où on opère, il n'y a rien à redouter même chez les tout jeunes enfants.

Tel est le traitement actuel des teignes du cuir chevelu : ses bienfaits se sont faits nettement sentir dans nos régions, nous l'avons vu tout à l'heure, et sont appréciés par tous ceux qui savent quel préjudice physique et moral ces maladies causaient autrefois à notre population scolaire.

CONCLUSIONS

I. — L'étude statistique observée dans les 25 dernières années montre la diminution générale des différentes variétés de teignes.

Cette diminution est à vrai dire très faible pour le favus ; elle est au contraire très nette pour les deux variétés de teignes tondantes, à part quelques poussées épidémiques.

II. — La fréquence du favus est sensiblement la même dans les deux sexes et celle des teignes tondantes plus grande chez les garçons que chez les filles, plus particulièrement la trichophytie.

III. — La persistance relative du favus peut s'expliquer par son existence dans les milieux ruraux qui sont à peine touchés par les mesures d'hygiène actuellement prises.

IV. — La diminution des teignes tondantes est due au contraire au fait qu'elles s'observent dans le milieu scolaire plus particulièrement surveillé.

Vu :
Le Doyen,
TIFFENEAU.

Vu :
Le Président de thèse,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Sabouraud (R.). — *Diagnostic et traitement des affections du cuir chevelu*, Masson, 1932.

— *Les teignes. Les maladies cryptogamiques*, Masson, 1910.

Bodin. — « Le traitement actuel des teignes du cuir chevelu », *Paris médical*, 1911.

Championnière (Lucas). — *Dictionnaire des praticiens*, 1850.

Mracek-Hudelo. — *Atlas manuel des maladies de la peau*, Paris, 1910, J.B.B.

Sée et Gougerot. — *Pratique médico-chirurgicale*, Masson, 1911, Paris.

Dubreuilh. — *Précis de dermatologie*, Paris, Doin.

Annales de l'Institut Pasteur, 1904.

Bulletins de la Société de dermatologie et syphiligraphie, sept. 1904, nov. 1936.

Grancher et Comby. — *Traité des maladies de l'enfance*, Masson, 1905.

Margarot et Devèze. — *Annales de dermatologie*, 1929.

Margarot. — *Observation des teignes*.

Margarot. — « Observation des teignes », *Bulletin de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 1925.

Rabut (R.). — « Les teignes et leur traitement », *L'Hôpital*, décembre 1930.

Sezary (A.). — « Symptômes, diagnostic, prophylaxie et traitement des teignes tondantes », *Presse médicale*, 10 mars 1937.

Gougerot (G.). — *Dermatologie en clientèle*, Maloine, 1932.

Uruena (G.). — *Le traitement des teignes par l'acétate de thallium*, Masson, 1928.

